 **Niet** Behandelverklaring (*wilsverklaring*)

|  |  |
| --- | --- |
| **Persoonlijke gegevens** | |
| Naam |  |
| Voorletters |  |
| Geboortedatum |  |
| Adres |  |
| Woonplaats |  |
| Telefoon |  |
| **Contactpersoon** | |
| Naam contactpersoon |  |
| Telefoonnummer contactpersoon |  |
| **Gegevens huisarts** | |
| Naam |  |
| Adres | Vrijthof 6, 6343 BM Klimmen |
| Telefoon | 045-4051242 |

**Wanneer ik in een toestand kan komen te verkeren**

* waarin ik uitzichtloos lijd of
* waarin geen redelijk uitzicht bestaat op terugkeer naar een voor mij waardige levensstaat
* of mijn verdergaande ontluistering te voorzien is
* en ik, door welke oorzaak dan ook, niet meer zelf kan beslissen over mijn medische behandelingen, verbied ik hierbij mijn behandelend arts(en) alle verdere medische behandeling met uitzondering van zuivere palliatieve bestrijding van ongemakken als pijn, jeuk, benauwdheid en onrust.

Onder deze weigering van alle verdere medische behandeling zijn ook uitdrukkelijk inbegrepen alle levensverlengende medische handelingen, zoals:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Handelingen** | **Niet uitvoeren** | **Wel uitvoeren**  **(mits medisch zinvol)** |
| Reanimeren (in geval van een hartstilstand) |  |  |
| Opname in een ziekenhuis |  |  |
| Opname op intensive care |  |  |
| Kunstmatige beademing |  |  |
| Toediening van een bloedproduct (transfusie) |  |  |
| Toediening van antibiotica |  |  |
| Opereren |  |  |
| Kunstmatig toediening van voeding en vocht |  |  |
|  |  |  |

Voor alle duidelijkheid geef ik hierbij aan dat ik onder de hiervoor genoemde toestand uitdrukkelijk ook versta: een toestand van ernstige dementie of van onomkeerbaar coma die, gezien de oorzaak, de duur ervan en mijn leeftijd, geen grond geeft aan de verwachting dat ik kan terugkeren tot een voor mij volwaardige levensstaat.

**Risicoaanvaarding**

Deze wilsbeschikking blijft onverminderd van kracht, ongeacht de tijd die mocht zijn verstreken na de ondertekening ervan. Het is mij volkomen duidelijk, dat ik deze wilsbeschikking kan herroepen. Door deze wilsbeschikking te ondertekenen, aanvaard ik dus bewust de mogelijkheid dat een arts de verklaring volgt, waarover ik bij actueel bewustzijn misschien anders zou zijn gaan denken.

**Herroepen van eerdere verklaringen**

Door deze wilsbeschikking te ondertekenen, herroep ik alle eventuele eerder door mij ondertekende soortgelijke verklaringen.

**Wat vindt u dat iedere zorgverlener over u zou moeten weten?** (is niet noodzakelijk)

|  |
| --- |
|  |

**Weloverwogenheid**

Ik heb deze verklaring zorgvuldig overwogen, heb mij daarover goed geïnformeerd en

ik ben bij de ondertekening ervan in het bezit van mijn volle verstandelijke vermogens.

**Geldigheid van de wilsverklaring**

Deze schriftelijke wilsbeschikking heeft rechtskracht (maar geen juridisch document) en geldt uitdrukkelijk als een geldige en door de wet[[1]](#footnote-2) erkende schriftelijke wilsverklaring van mij voor het geval dat ik later door welke oorzaak dan ook niet meer kan beslissen over mijn medische situatie zoals bedoeld in deze verklaring.

Ik geef mijn huisarts toestemming om deze verklaring door te geven aan de huisartsenpost.

**Ondertekening**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Plaats: |
| Handtekening: | |

**Indien van toepassing gegevens belangenvertegenwoordiger/gevolmachtigde:**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en voorletters |  |
| Adres en woonplaats |  |
| Telefoon |  |

1. Basis van de wilsverklaring in de wet: Artikel 450 van Boek 7 Burgerlijk Wetboek [↑](#footnote-ref-2)